



Ciudad

Fecha (MM/DD/AAAA)

Señores:

COOPMINCOM

Área de Tesorería

La ciudad

Yo, _____ en mi calidad de asociado (a) y tomador (a) del crédito
 identificado con número de documento _____ de la ciudad de _____, por medio
 de la presente los autorizo para que el desembolso del crédito No. _____ se realice el
 giro total o parcial, a la(s) siguiente(s) persona (s) ☐ entidad(es) ☐

Identificación		Nombre/Razón Social	Forma de Pago	Cuenta	
Tipo	Número				
NIT ☐			Cheque ☐	Número	
C.C. ☐			Abono a cta ☐	Tipo CTE ☐	AHORRO ☐
OTRO ☐				Entidad	

Valor de Giro

No. De Tarjeta de Crédito /No. de Crédito

Identificación		Nombre/Razón Social	Forma de Pago	Cuenta	
Tipo	Número				
NIT ☐			Cheque ☐	Número	
C.C. ☐			Abono a cta ☐	Tipo CTE ☐	AHORRO ☐
OTRO ☐				Entidad	

Valor de Giro

No. De Tarjeta de Crédito /No. de Crédito

Identificación		Nombre/Razón Social	Forma de Pago	Cuenta	
Tipo	Número				
NIT ☐			Cheque ☐	Número	
C.C. ☐			Abono a cta ☐	Tipo CTE ☐	AHORRO ☐
OTRO ☐				Entidad	

Valor de Giro

No. De Tarjeta de Crédito /No. de Crédito

Sí existe un saldo a favor, solicito se gire a mi nombre mediante:

Giro		Datos de la Cuenta	
Cheque ☐	Transferencia ☐	Número _____	Cte ☐
		Banco: _____	AHORRO ☐

Firma Titular del Crédito:

Firma Oficial de Cumplimiento:

Nombre y Apellidos

Fecha :

Hora:

No. de Documento

Observaciones:

Telefono

*CONSULTA LISTA VINCULANTES SI ☐ NO ☐

* La Consulta aplica para Personas Naturales, S.A.S y Entidades No Vigiladas por alguna Super Intendencia.